

TOXICOMANIA: ALGUMAS IMPLICAÇÕES PARA A PSICANÁLISE

SUBSTANCE ABUSE: SOME IMPLICATIONS FOR PSYCHOANALYSIS

Dielli Caroline Capelli¹

Thiago Vieira Juliani²

Jorge Antonio Vieira³

CAPELLI, D. C.; JULIANI, T. V.; VIEIRA, J. A. Toxicomania: algumas implicações para a psicanálise. **Akrópolis** Umuarama, v. 18, n. 2, p. 141-152, abr./jun. 2010.

RESUMO: Este artigo se propõe a compreender o fenômeno da toxicomania através do paradigma da psicanálise. Com a pesquisa bibliográfica, buscamos resgatar a idéia do mal-estar do homem frente a sua existência, juntamente com o gozo que o mesmo obtém com as drogas, explorando nessa idéia o conceito de sintoma para a psicanálise e por fim mostrar o compromisso que a clínica psicanalítica tem frente ao sofrimento do sujeito envolvido nesta problemática, entendendo assim a toxicomania como um fenômeno contemporâneo.

PALAVRAS-CHAVE: Psicanálise; Toxicomania; Gozo; Sintoma; Clínica.

ABSTRACT: This article has the purpose to understand the phenomenon of drug addiction through the paradigm of psychoanalysis. Supported by the literature, we sought to rescue the idea of the unease of man in front of its own existence, along with the enjoyment it gets with drugs, exploring, in this idea, the concept of symptom to psychoanalysis and, finally, show the commitment that psychoanalytic clinic has in response to the suffering that the subject has when involved in this problem, understanding drug addiction as well as a contemporary phenomenon.

KEYWORDS: Psychoanalysis; Substance abuse; Enjoyment; Clinic.

¹Acadêmica do 4º ano do curso de Psicologia da Universidade Paranaense –Unipar – Endereço: Rua Araongas, nº 4414, Zona II, Cep: 87502-180 – Umuarama/ PR. E-mail: diellica@hotmail.com

²Acadêmico do 4º ano do curso de Psicologia da Universidade Paranaense - Unipar – Endereço: Av. Manaus, Edifício Atlântico, Bloco 3, Zona Armazém, Cep: 87501 – 060 – Umuarama/PR. E-mail: thiago_vjuliani@hotmail.com

³Professor do Curso de Psicologia da Universidade Paranaense –Unipar, Endereço: Av. Londrina, nº 3340, Ap.303, Cep:87502-250 – Umuarama/PR. E-mail: jvieira@unipar.br

Recebido em Outubro/2009
Aceito em Dezembro/2009

INTRODUÇÃO

O presente trabalho é fruto de um estudo bibliográfico que tem por objetivo compreender o fenômeno da toxicomania vista a partir do paradigma da psicanálise. Pautado neste campo de saber buscamos no decorrer das páginas seguintes introduzir o leitor na compreensão da estreita e por vezes não saudável relação que o homem moderno possui com a grande variedade de drogas à disposição para o consumo na sociedade onde vive.

Bem sabemos que frente à impossibilidade de total felicidade, a busca de meios que proporcionam fuga de determinada realidade concomitantemente com a satisfação orgânica e pulsional, se é que podemos separá-las, torna-se parte inseparável da vida deste homem sofredor e incompleto por estrutura. Pois bem, as drogas sempre ocuparam este lócus acolhedor em vista de suas propriedades psicoativas, no entanto a relação com as mesmas se faz de modo bem peculiar. Vão desde a possibilidade de alargamento da mente até seu oposto, escrivização do sujeito pelo objeto-droga do qual faz uso. Frente a tal questão, num primeiro momento, nosso trabalho discorre sobre a natureza das relações que envolvem o sujeito e a droga, relação alienante com esta.

Logo em diante pensamos em problematizar uma outra questão que pesa nas escolhas das drogas como fonte de alívio das tensões psíquicas e do mal-estar estrutural. Estamos falando aqui do discurso da ciência e sua função imperativa que exerce sobre seu conhecimento produzido, inflexível em si mesmo, na eterna promessa da tão almejada felicidade humana, fazendo daqueles que o seguem, enfraquecer do poder de questionamento de seu desejo, levando assim uma vida sufocada e ao mesmo tempo restrita de possibilidades de escolha, em busca de um estado idílico de existência.

Num outro momento do trabalho buscamos expor sucintamente os estudos da psicanálise quanto às modalidades de gozo presente na toxicomania, e os sintomas e suas novas formas na contemporaneidade, sendo a drogadição um bom exemplo dos mesmos. Abordamos tal assunto do campo freudiano, objetivando de ampliar a compreensão de sintoma, visto que na prática clínica, a noção do sintoma clássico, vinculado ao plano da linguagem, não dá conta dessas novas manifestações, ditas mudas e empo-

brecidas simbolicamente. Em continuidade, nos preocupamos em descrever a implicação clínica psicanalítica frente ao fenômeno da toxicomania e as possibilidades de tratamento pautadas na escuta do sujeito.

Não podemos afirmar que a Psicanálise possui grandes estudos exclusivos e conclusivos sobre a questão da toxicomania, ou que tais estudos podem ser considerados à parte das questões principais deste campo do saber; essa ciência possui o crédito de ser um modo amplo e profundo de compreensão das vicissitudes da alma humana, tanto que uma das denominações utilizadas por Freud para nomear sua ciência era “Psicologia Profunda”. Com esta afirmação queremos frisar que o estudo da psicanálise possui instrumentos teóricos que podem ser utilizados em diversas questões, que envolvem a vida humana, sendo essas tanto grupais quanto individuais ou culturais. As categorias da Psicanálise necessariamente compreenderão os fenômenos humanos em suas relações com o pulsional, o sintomático e o recalque. Portanto, neste artigo utilizaremos as referenciais psicanalíticos que buscam contribuir para a compreensão da toxicomania, donde poderemos ter uma noção de como o inconsciente e a pulsão articulam-se com uma questão tão pós-moderna quanto este fenômeno.

A psicanálise nos ensinou muito bem que o homem, diante da incapacidade do controle dos fenômenos da natureza, da inerente necessidade de depender do outro, desde o nascimento até o fim de sua existência, e por fim o fato de possuir ciência da inexorabilidade da própria e efêmera vida, se angustia, sofre e adoece, vivendo numa espécie de “psicopatologia da vida cotidiana”, parafraseando Freud.

Diante de tal fato, esse mesmo humano, autointitulado duplamente *sapiens*, busca constantemente meios de satisfação, de alívio, de descarga pulsional, sejam eles saudáveis ou não, socialmente aceitos ou aversíveis aos padrões sociais de determinada cultura no qual está inserido. Esta prerrogativa negativa, reprovada socialmente, é uma forma não sublimada que o homem inventa para se haver com suas angústias diárias, cuja raiz remete à própria incompletude estrutural de seu “ser” (grifos nossos). E dentre as inúmeras possibilidades de se haver com sua angústia, com sua falta estrutural, encontramos a toxicomania, objeto de estudo deste artigo.

E ao falarmos em toxicomania a partir de uma ótica psicanalítica não podemos estar falando de outra coisa que não um modo de satisfação, ao qual a sociedade tenta dar uma resposta por meio de equipamentos institucionais e ações públicas e privadas. Ao falarmos disso, estamos falando de uma saída para o mal-estar; não nova saída, posto que fora enunciada por Freud (1930) como sendo, efetivamente, uma das possibilidades humanas para a felicidade frente ao mal-estar decorrente do laço social. O uso de drogas pode ser considerado, então, mais uma das condutas humanas em busca do prazer. Para tanto, voltar-nos-emos para o “Mal-estar na Civilização” visando introduzir a toxicomania enquanto objeto de estudo deste artigo e assim poder vislumbrar a dinâmica psíquica envolvida neste processo.

A Toxicomania Enquanto Saída para o Mal-Estar na Civilização

Freud (1930) em o “Mal- Estar na Civilização” já mencionava que o ser humano para suportar a vida, e todas as suas restrições, busca formas atenuantes para amenizá-la. Assim, uma dessas formas pode ser o uso de substâncias tóxicas.

Freud (1930) discorre em seu texto sobre a impossibilidade do sentimento pleno de felicidade, considera, inclusive, que a infelicidade é majoritária na existência humana, e indaga qual é o propósito da vida senão o de buscar a felicidade. Assim, há dois modos presentes nesse processo de busca, a saber, o modo negativo e o positivo. O primeiro refere-se e visa a uma ausência de sofrimento e desprazer, e o segundo, busca então um sentimento de plenitude, de intensos prazeres. Assim, as atividades dos homens se dirigem a uma ou outra direção, buscando um sentimento de prazer intenso, ou eliminar o desprazer constante. Nas palavras de Freud

O que chamamos de felicidade no sentido mais restrito provém da satisfação (de preferência, repentina) de necessidades representadas em alto grau, sendo, por sua natureza, possível apenas como uma manifestação episódica (FREUD, 1930, p. 95, vol. XXI)

Desta forma, fica claro que a satisfação completa das necessidades humanas ocorre com menor frequência, posto que a infelicidade

é muito mais fácil de experimentar. Neste sentido, Freud (1930) alega que somos afetados por três vias distintas que nos levam a sofrer, são elas, a decadência do próprio corpo, que está condenado desde sempre à dissolução; do mundo externo e de suas forças e catástrofes incontáveis; e, por último, o mais penoso de todos os sofrimentos é o proveniente das relações com os outros seres humanos.

Na tentativa de eliminar o sofrimento causado por essas vias, o homem se dispõe de múltiplas possibilidades, muitas das quais já foram passadas por outras gerações e consagradas em diversas escolas. Uma das formas mais tentadoras de eliminar esse sofrimento talvez seja uma busca pela “satisfação irrestrita de todas as necessidades” (FREUD, 1930, p. 96, Vol. XXI), o que colocaria o gozo antes da precaução. Freud aponta alguns métodos utilizados pelo homem para evitar o desprazer, considerando alguns extremados, outros não, alguns atacam de frente o problema, outros são mais paliativos. Portanto, existe a possibilidade do homem trabalhar em prol de outros homens, ao bem comum, mas o mais interessante método de eliminar o desprazer, segundo o autor supracitado, é o de ocasionar mudanças no próprio organismo, ou seja, de ocasionar certas sensações almejadas, considerando que o desprazer também é sensação. Assim,

O mais grosseiro, embora também o mais eficaz, desses métodos de influência é o químico: a intoxicação. Não creio que alguém compreenda inteiramente o seu mecanismo; é fato, porém, que existem substâncias estranhas, as quais, quando presentes no sangue ou nos tecidos, provocam em nós, diretamente, sensações prazerosas, alterando, também, tanto as condições que dirigem nossa sensibilidade, que nos tornamos incapazes de receber impulsos desagradáveis. (FREUD, 1930, p. 96, Vol. XXI,)

Freud nomeava esses meios de eliminação do desprazer de técnicas vitais, e esta da qual estamos falando, a intoxicação, figura o uso de drogas (lícitas ou ilícitas). Esta forma de satisfação evidencia-se no próprio corpo, sendo uma das técnicas mais brutais, segundo Freud (1930). A característica fundamental do uso destas substâncias ditas tóxicas é o fato de produzirem um prazer imediato, ou seja, de afastarem o mal-estar e o desprazer de modo repentino,

livrando-se da pressão da realidade exterior, encontrando uma outra realidade própria que se torna invulnerável às sensações desagradáveis providas do mundo externo.

Para Santiago (2001a) desde os povos primitivos, a busca pelo prazer constitui uma das maiores lutas do ser humano, e a matéria-prima do prazer é a felicidade, colocada enquanto finalidade da vida. É por essa razão que este imperativo de felicidade fez com que indivíduos e povos, em diferentes épocas e sociedades, colocassem estes métodos intoxicantes num lugar proeminente em sua economia libidinal. Este recurso à droga seria então um ataque àquilo que a civilização toma enquanto exigência, a saber, a renúncia às pulsões.

Estas elucubrações de Freud há quase oito décadas atrás se fazem notar hoje de forma alarmante e crescente, e os ditos problemas com drogas vêm ganhando espaço cada vez maior na mídia, nas discussões acadêmicas, de saúde pública, enfim, assumindo um lugar preocupante para a civilização, e consequentemente um espaço para as articulações através da psicanálise.

Segundo Santos e Costa-Rosa (2007), as toxicomanias, juntamente com o alcoolismo, vêm ganhando status de problema de saúde coletiva, sendo inclusive nomeados como doença. Contudo, contrapondo o discurso médico e psiquiátrico, a psicanálise enxerga com outros olhos este fenômeno, considerando-o bastante complexo para reduzi-lo a uma doença. Mas se as toxicomanias vêm ganhando notoriedade enquanto problemática social, também vem ganhando espaço a criação de recursos e dispositivos institucionais que priorizam o atendimento aos usuários de drogas (lícitas ou ilícitas). Exemplo claro disso são os CAPS ad - álcool e drogas, que oferecem atendimento aos usuários e aos familiares.

Faz-se necessário pontuar, antes de tudo, que a nossa sociedade é uma consumidora assídua de drogas, indo do lícito, do consumo banalizado, ao consumo desenfreado dos mais diversos tipos e categorias de drogas ilícitas. Temos ainda em campo, uma grande abertura ao uso de psicofármacos, os quais compõem as promessas de felicidade apregoadas pela ciência, e o que era, inicialmente, uma forma de tratamento para os ditos transtornos mentais, hoje é consumido vorazmente, em busca de prazer e alívio da dor de existir. (SANTOS e COSTA-

ROSA, 2007)

Outro ponto que merece ser frisado, para fim de esclarecimento, é a relação que o sujeito mantém com a droga, ou seja, esta relação não é homogênea e pode variar segundo a finalidade do uso. Assim, temos o uso recreativo, abusivo e a adicção. Esta última abarca o que estamos abordando neste artigo, a toxicomania, situação em que o sujeito torna-se escravo da droga, impotente e sem controle na sua administração. Segundo Gurfinkel (1995), o termo adicção refere-se a um comportamento compulsivo, a uma forma de funcionamento em que o sujeito estabelece uma relação com qualquer objeto e neste, somente neste, encontra um gozo sem limite. Em sua outra obra, Gurfinkel (2001) ressalta o termo adicção enquanto um neologismo que deflagra sua principal marca, a saber, a perda da liberdade: uma forma de escravização do sujeito por este objeto onde prevalece uma ação impulsiva e incessante. Assim, “na toxicomania, este objeto é a droga, e a ação impulsiva é o seu consumo” (GURFINKEL, 2001, p. 223)

É nesta relação com o objeto-droga que o sujeito fracassa perante a incapacidade de pensar, pois está estabelecido um vínculo de prazer no qual se obtém uma eliminação de tensão, e que esta é tida como impossível de ser eliminada por outras vias ao não ser por este dado objeto. Assim, o sujeito falha na sua capacidade de usar a linguagem para nomear e significar este impulso, agindo de forma compulsiva, quase que automática. (SANTOS e COSTA-ROSA, 2007)

Contudo, parece haver uma forma similar de funcionamento psíquico nesses sujeitos toxicômanos. Devemos atentar para o que Gurfinkel (1995) frisa quanto à impossibilidade de tomar a toxicomania enquanto um ente isolado, uma manifestação psíquica patologicamente singular. Corroborando com essa idéia, Santos e Costa-Rosa (2007) afirmam que a toxicomania não escolhe estrutura subjetiva, ou seja, quem escolhe o objeto-droga é o sujeito, e é a partir de sua estruturação que podemos entender o modo de relação com este objeto. Desta forma, a toxicomania deve ser compreendida à luz dos diversos usos de drogas existentes (das diversas formas de uso, e das diversas categorias de drogas), o que converge a problemática clínica da toxicomania às configurações contemporâneas do mal-estar cultural. Neste ponto, Gurfinkel (1995) está de acordo com as elucubrações de Freud (1930) apresentadas no *Mal-Estar na Ci-*

vilização quando esse afirma que os indivíduos inseridos na cultura (Laço Social) procurarão modos de satisfação e que a própria cultura irá favorecer ou coibir maneiras específicas dessa satisfação.

Em outro momento Gurfinkel (1995) destaca algo interessante: problematiza a própria medicina enquanto facilitadora do uso e abuso de drogas⁴, neste sentido o uso médico (subjugado ao saber mestre da medicina) é considerado terapêutico, enquanto o uso à margem deste saber é identificado enquanto abuso. O admirável deste raciocínio é pontuar a difusão do saber médico enquanto instrumentalização da medicação como “saída” a qual as pessoas podem recorrer. Uma saída para o seu mal-estar. Estaria aí uma das brechas culturais fornecidas à crescente ampliação da satisfação pela via da droga?

Rosa (2006) como Gurfinkel (1995) defende a impossibilidade de tratar psicanaliticamente a toxicomania enquanto uma estrutura à parte; uma especialidade. Chega a afirmar que a toxicomania é um *fenômeno* ideologicamente cristalizado enquanto *entidade*. Frisa assim a importância da psicanálise não tomar a toxicomania enquanto uma *especialidade*, o que inexoravelmente conduziria na “direção de uma ética da moderação e do bem, pregando a abstinência e buscando refrear o gozo em nome da convivência, do prazer ou da realidade” (ROSA, 2006, p. 2). Sabemos em psicanálise que o bem; o justo; o certo; a convivência harmônica são, frequentemente, ideais que desmoronam sob a força incessante da pulsão. Difícil posição. Rosa (2006) constata que frente à toxicomania a Psicanálise constantemente fracassa, quando alcança êxito, os efeitos são passageiros. Seguindo esse raciocínio a autora articula a hipótese de que esse fracasso estaria relacionado à sustentação da toxicomania no discurso social. Compreende esta sustentação enquanto os arranjos do discurso que denotam o “modo como os sujeitos controlam os ideais, buscando manter distante a castração” (ROSA, 2006, p.4).

Pensemos sobre o que a autora expõe acima discutindo a definição de saúde encontrada no preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde: “Saúde é um estado de *completo* bem-estar físico, mental e social, e

não apenas a ausência de doenças” (grifo nosso). Este é um ideal que a Psicanálise sabe ser irreal, posto que o mal-estar, a castração e o encontro com a falta são estruturais, não podem ser solucionados pela cultura nem por imperativos culturais. A busca do gozo, da satisfação plena parece ser validada enquanto imperativo cultural, ideal, que, como sabemos, é elemento constituinte do Superego.

Em 1930, no Mal-Estar na Civilização, Freud já enfatizava a busca incessante da felicidade enquanto desperdício de energia; uma odisséia infrutífera. Por sua vez, Lacan (1960 apud SANTIAGO, 2001) ressalta que a passagem da exigência de felicidade para o plano político tem consequências – torna-se imperativo de satisfação.

Santiago (2001b) dá a entender que esse imperativo passado ao plano político é sustentado na pós-modernidade pelo discurso da ciência que hoje domina, inclusive, a medicina. O autor aponta que a visão cartesiana, prevalecente na medicina, entende o corpo como um organismo enquanto realidade primária, contrapondo o que a Psicanálise entende como a verdadeira natureza do corpo: este enquanto sempre secundário (além do orgânico), visto que só existe a partir de uma estrutura simbólica, representado no psiquismo. Partindo do paradigma científico, a medicina acabou por *reduzir* o corpo a “uma máquina composta de circuitos hormonais, neurônios, imunológicos ou genéticos”, (SANTIAGO, 2001, p.02) constituindo a partir daí um organismo que pode ser calibrado e condicionado do exterior.

Santiago (2001b), resgatando uma afirmação de Lacan, enfatiza como o ponto de vista da Psicanálise se contrapõe ao cartesianismo: “Um corpo é alguma coisa que é feita para gozar, gozar de si mesma” (LACAN apud SANTIAGO, 2001, p.03). Nesta frase o autor esclarece que Lacan enuncia a ética do gozo do corpo: a satisfação pulsional auto-erótica e narcísica tão conhecida da Psicanálise. Esta compreensão ética é o que impossibilitaria à Psicanálise uma repreensão da toxicomania enquanto meio para obtenção do gozo, o que não equivale a uma aceitação, mas abre caminhos novos para problematizar a questão.

O primeiro problema que se impõe a esta

⁴Sabe-se que a medicina alinhou sua práxis à utilização de drogas por volta do fim do século XIX e início do sec. XX, anteriormente o campo era culturalmente alinhado à prática religiosa/mística – ou seja, outro laço social que, possivelmente, influenciava de modo diferente a possibilidade de satisfação por essa via. (GURFINKEL, 1995).

questão é a participação do discurso científico nessa conjuntura (O aspecto cultural, digamos), num segundo momento a questão do gozo presente na toxicomania. Santiago (2001b) pontua que os efeitos psíquicos do discurso científico escapam à Ciência, estão além da dimensão idealizada do *aprofundamento do conhecimento*, sendo que o aspecto crucial destes efeitos é o surgimento de um imenso número de objetos cuja utilidade é sua pura existência evanescente, são os chamados *gadgets* (bugigangas). O autor evoca Lacan para afirmar que tais objetos oferecem aos sujeitos um meio de satisfação pulsional: “A característica mais singular dos *gadgets* é que o sujeito se liga a eles, até mesmo agarra-se e fixa-se neles” (SANTIAGO, 2001, p.04); existem para oferecer a satisfação pulsional. Estes produtos vão desde facas *gin-su* aos tranqüilizantes e alucinógenos. “A ciência fornece operadores químicos capazes de se constituir em reguladores da própria economia libidinal, cuja única finalidade é extrair satisfação no nível do corpo.” (SANTIAGO, 2001, p.05) Como exemplo claro, cita-se os antidepressivos presentes no imaginário popular enquanto “pílulas da felicidade”. Temos assim um panorama do discurso que permeia o laço social, cerceado pelo imperativo do gozo, que aprisiona o sujeito numa busca surda por satisfação pulsional, frente ao imperativo de objetos de naturezas diferentes, como citado acima.

Frente a isso como se posicionaria o Sujeito toxicômano? Essa é a linha que devemos compreender neste momento. Laia (s/d)⁵ possui um interessante ponto de vista, trata a droga partindo de uma dimensão simbólica, ou seja, ela a priori serve para alguma coisa – simboliza algo: para a ciência, para o xamã índio, para o alquimista, para o artista – serve-lhes para curar, fascinar, encantar, deflagrar outras experiências dos corpos, ou seja, conecta-se a todo um campo cultural designado enquanto Outro (grande outro). O toxicômano estaria numa relação de satisfação com a droga, mas sem a dimensão simbólica, ou seja, neste caso sendo uma relação de puro gozo. É onde se inscreve a toxicidade da droga do toxicômano, que não o remete a um campo simbólico, não possui o estatuto de signo, fato que o autor acredita estar indis-

soluvelmente conectado ao esvaziamento de tradições (dos saberes anteriores). A pulsão não possui objeto que a satisfaça, se satisfaz auto-eroticamente no próprio corpo. Portanto, todo sujeito é convocado a livrar-se disso e construir seu objeto, o que talvez o faça muito bem o toxicômano ao eleger um objeto que lhe proporcione satisfação a nível orgânico, que faça valer o gozo pulsional do corpo e que, ao contrário do arranjo sintomático tradicionalmente neurótico, não seja tão contraditório com o imperativo pulsional do *goze!*. Dessa questão, o que podemos perceber é que esse sujeito toxicômano está em parceria com seu tempo, a era do gozo.

Contudo, faz-se necessário compreender que modalidade de gozo se coloca em marcha quando falamos de toxicomania, ou melhor dizendo, compreender tais modalidades levando em consideração a estruturação subjetiva de cada um, de como se deu sua entrada na linguagem, na ordem do simbólico, ou não. Se o inconsciente é estruturado como linguagem, então, o ser humano é um ser de sentido, e só podemos compreender um fenômeno atravessado pelo gozo a partir da estruturação do sujeito, das suas particularidades. A partir daqui, deslindaremos sobre as modalidades de gozo, e como este se apresenta em relação ao fenômeno da toxicomania.

Modalidades de Gozo na Toxicomania

Antes de definirmos tais modalidades, torna-se imprescindível esclarecermos de que gozo estamos falando. Em psicanálise gozo difere conceitualmente da acepção comum que se faz de gozo, ou seja, segundo Nasio (1993), gozo no sentido analítico desvincula-se da concepção de orgasmo. Segundo a construção teórica de Lacan existem três modalidades de gozo, o gozo do Outro, o gozo fálico e o mais-de-gozar.⁶

Assim, a psicanálise vai compreender o gozo de acordo com a entrada do sujeito na ordem do simbólico, no mundo da linguagem. Santos e Costa-Rosa (2007) anunciam duas modalidades de gozo na toxicomania: o gozo do Outro e o gozo fálico. No gozo do Outro é o próprio corpo do sujeito que se designa Outro, assim, esse gozo no próprio corpo, não é mediado pela

⁵O artigo “Crítica da Razão Toxicômana”, de autoria de Sergio Laia não possui data de publicação, portanto usaremos a sigla s/d – sem data, conforme previsto nas normas da ABNT.

⁶Para fins de esclarecimento, sugerimos a leitura de “5 Lições sobre a Teoria de Jacques Lacan”, de J-D Nasio, o qual elucidará tais modalidades de gozo em Psicanálise.

linguagem, pelo simbólico. De uma forma mais simples: outrora, o paradigma era a palavra, na qual o sintoma se fazia presente, hoje o paradigma é o corpo, se goza nesse, e com esse. Assim, o sujeito contemporâneo não suporta o sofrimento, e para extrair de imediato essa dor, busca meios de acesso direto a esse gozo.

Por essa modalidade de gozo não ser balizada pelo simbólico, Santos e Costa-Rosa (2007) afirmam que este parece estar relacionado com aquilo que outrora foi a mítica experiência, e primeira, do uso da droga, ou melhor, daquilo que ficou registrado mnemicamente enquanto marca não simbolizada. O gozo que se obteve no primeiro encontro com a droga foi de tamanha suposta completude, que na toxicomania o sujeito marcha sempre em busca desta primeira vivência.

Desta forma, tem-se que o ato repetitivo de drogar-se está remetido diretamente a essa reminiscência da primeira vivência de satisfação com a droga, na qual o sujeito busca esse gozo nostálgico, porém, nunca o encontrando, e por isso aumenta cada vez mais a dose e a frequência do uso da droga.

Esse gozo no corpo não é um organizador da subjetividade destes sujeitos, assim como, o é o gozo fálico, e por hipótese, Santos e Costa-Rosa (2007) alegam que parece haver aí uma possível abertura subjetiva ao tratamento. Para melhor entender essa possível abertura ao tratamento, faz-se necessário visualizar dois modos de relação com o gozo no corpo, primeiramente, um gozo que é eventual, contingente, e, num segundo momento, um gozo que se faz necessário. Parece que o gozo eventual está associado a traços de narcisismo acentuado, mais precisamente relacionado a uma estruturação por recalçamento, sendo justamente esta estruturação que manifestaria maior abertura ao tratamento. Por outro lado, temos então um gozo que se faz necessário, um gozo que traz em si a marca remota de uma experiência mítica, ou seja, de um objeto mítico, mágico, tal que faz com que o sujeito busque incessantemente pelo gozo obtido com este objeto, que está para sempre perdido. Para esses sujeitos, parar com a droga só é possível por meio da abstinência forçada, e na primeira oportunidade de encontro com a droga, o sujeito retoma o ciclo. Nestes a abertura ao tratamento parece mais restrita, justamente porque os sujeitos não se interessam por outras formas de gozo, além daquele ofe-

recido pelo seu *objeto-droga-escolhido* (Grifos nossos).

Estamos falando, então, que este gozo no corpo, gozo do Outro, distancia o sujeito toxicômano dos valores fálicos apontados pela psicanálise, os quais compõe o terreno do gozo fálico (gozo obtido a partir das relações, do trabalho, da procriação, da cultura), culminando num modo compulsivo de buscá-lo, mais forte e mais radical que o gozo do consumista e do viciado em jogatinas. A partir desta idéia, podemos precisar que o toxicômano procura, por meio da droga, fugir destes valores ditos fálicos que são impostos pelos ideais sócio culturais, e assim, como tal gozo não é limitado pela linguagem, ou seja, não lhe é dado sentido por intermédio da palavra permeada pelo simbólico, só pode ser limitado pela própria morte, daí que muitos estão sob risco constante da overdose; overdose da droga e do gozo que lhes transborda. (SANTOS e COSTA-ROSA, 2007)

Temos ainda a modalidade de gozo fálico, este ligado à linguagem, mediado pelo simbólico. Este gozo supõe a possibilidade de ser nomeado, de ser significado e está ligado à estruturação psíquica através do recalçamento (sabemos ser a neurose, mas não nos restringiremos às estruturas clínicas), estando intimamente ligado aos ideais sócio culturais.

Temos então, que o toxicômano recusa o gozo fálico, sendo que este se sustenta nas relações de poder, de dinheiro, de saber, e manifesta-se também nas formações do inconsciente, tais como chistes, atos falhos, sonhos, sintomas. Enfim, o sujeito toxicômano marginaliza-se das relações ditas “civilizadas” (grifos nossos). Nas palavras de Lemos (2004, p. 53): “Se ele recusa o gozo fálico, seu gozo é um gozo mortífero. O que equivale dizer: o significante mestre do toxicômano é a morte.”

Assim, o gozo fálico é abolido, este que seria o gozo presente no sintoma, e surge aí um buraco que substitui a capacidade desejante deste sujeito. Se a droga é consumida como aquilo que o preenche concretamente, então, podemos afirmar que a droga vem substituir o sintoma, o que lhe garante um acesso imediato e irrestrito ao gozo. (SANTOS e COSTA-ROSA, 2007)

Sabemos que no gozo fálico este acesso direto não é possível, pois este é balizado pelo falo, que funciona nesta modalidade de gozo como um regulador que abre e fecha as possi-

bilidades de sua descarga, ou seja, é dissipada para uma energia parcial que ocasiona um “alívio incompleto”, restando, portanto, um *quantum* de energia no sistema inconsciente. (NASIO, 1993, p. 27) Nas palavras de Nasio

[...] a essência da função fálica consiste em abrir e fechar o acesso ao gozo ao exterior. Que exterior? O dos acontecimentos inesperados, das palavras, das fantasias e do conjunto das produções externas do inconsciente, dentre elas o sintoma. (NASIO, 1993, p. 27)

Anteriormente falamos que a droga substitui o sintoma para o toxicômano, justamente por ter o acesso direto ao gozo do corpo, não passando este pela linguagem, pela ordem do simbólico, então, abre-se uma questão: se a toxicomania não é um sintoma porque destituiu o gozo fálico, não é uma estrutura ou pertencente a uma estrutura porque acomete a todas, e não é uma perversão porque não é mediado pela fantasia, o que seria a toxicomania então? Esta é uma questão que a psicanálise há algum tempo vem se propondo a responder, ao menos a circunscrevê-la em seu campo de saber. Hoje ouvimos falar em novas formas de sintomas, sintomas contemporâneos, novos sintomas, mas o que seriam estes sintomas? Como se formam? E como se apresentam?

Faremos a partir daqui um breve percurso pelos caminhos do sintoma, procurando compreendê-lo em sua formação clássica e em suas novas manifestações no cenário contemporâneo.

Do sintoma clássico ao sintoma contemporâneo

O saber fundado por Freud ganhou novos contornos com o passar dos anos, e como frisado anteriormente, com Lacan foi apontada a importância da linguagem como sendo o cerne, no qual o inconsciente se estrutura, manifestando-se tal instância psíquica em atos e naquilo que é dito pelo sujeito dentro do campo do saber analítico. Portanto, com esta lógica, é reafirmado então que o sintoma é estruturado como linguagem e que na prática clínica a via de remoção dos mesmos é realizada pela via da palavra. No

entanto, algumas manifestações sintomáticas do sujeito contemporâneo como a drogadição, a bulimia e até mesmo o consumismo desenfreado de bens materiais, não se enquadram nas descrições dos sintomas até então considerados clássicos, parecendo então fugirem do laço existente entre sintoma e linguagem, que segundo Magalhães (2005, p.1) “são gozos fora do discurso”.

Portanto, diante de uma situação na qual a teoria e prática da psicanálise acham-se limitadas, pois o saber psicanalítico se utilizou da linguagem para forjar o inconsciente e suas manifestações, vemos a necessidade de pensar mais cuidadosamente nas linhas seguintes sobre a questão do sintoma freudiano, e também as novas formas de sintoma, ou como Miller (1997 apud MAGALHÃES, 2005, p.1) denomina “os novos sintomas”.

No que diz respeito aos sintomas clássicos, ou seja, ao sintoma analítico formulado por Freud, temos duas concepções, ligadas às duas principais neuroses - neurose histérica e a neurose obsessiva. Tomamos como referência a síntese de Brodsky (apud MACHADO 2003), o qual explica que a primeira concepção tem como hipótese que o sintoma é produto do recalque, estando mais diretamente ligado à histeria, enquanto a segunda entende que o sintoma é a resposta a uma satisfação insuportável, estando mais diretamente ligada à neurose obsessiva. Magalhães (2005, p. 4) diz que no modelo histórico, aquilo que, do desejo, é recalcado aparece no corpo como mensagem ao Outro, o que localiza esta operação no registro simbólico⁷. Já na concepção do sintoma baseada no modelo da neurose obsessiva, a pulsão aparece como objeto de recalque, havendo aqui uma satisfação pulsional da ordem do excesso, marcada pela repetição do que retorna sempre ao mesmo lugar, que aponta para um gozo excessivo e fixo⁸.

Contudo, é evidente que, dentre outras manifestações subjetivas atuais (ditas “novas”), a toxicomania não coaduna com estas categorias clássicas, o gozo (a pulsão) apresenta-se escancarado, não submerso sob mensagens recalçadas. No subcapítulo anterior evidenciou-se as preocupações de certos autores (principalmente Santos e Costa-Rosa) com esta caracte-

⁷Para maior compreensão ver FREUD, S. “Estudos sobre a histeria” (1895). Em Obras completas, Rio de Janeiro, Imago, 1976, vol.II.

⁸Para maior compreensão ver FREUD, S. “Notas sobre um caso de neurose obsessiva (1909)”. Em: Obras completas, Rio de Janeiro: Imago, 1976, vol. X.

rística específica que retiraria a toxicomania da categoria de sintoma, restando a questão: a toxicomania é ou não um sintoma? Santiago (2001a) busca resolver esse impasse utilizando-se das elaborações tardias de Freud (Mal-Estar na Civilização). O autor concorda que o fenômeno da drogadição não pode ser compreendido a partir do sentido clássico de sintoma (uma substituição significativa efetuada no retorno deformado do objeto da pulsão – uma metáfora), isso não se aplica a droga.

No entanto, o autor enxerga no uso da droga a existência de um outro processo de substituição, e este sim pode ser compreendido como “[...] signo da relação problemática do sujeito com a satisfação pulsional.” (SANTIAGO, 2001a, p. 30). O autor compreende a drogadição, a partir do texto O Mal-Estar na Civilização, como “[...] uma ‘*construção substitutiva*’ que auxilia certos sujeitos a lidar com as adversidades que se interpõem no caminho por eles escolhidos para alcançar o bem” (SANTIAGO, 2001^a, p. 31). Assim, tem-se a toxicomania enquanto uma variante da função substitutiva do sintoma, ela substitui a impossibilidade estrutural de vencer o mal-estar. Ou, como afirmava Freud (1930), uma técnica vital, que substitui o sintoma enquanto modo de arranjo pulsional.

A Clínica Psicanalítica frente à Toxicomania

Diante do exposto até aqui, a marca indelével que se faz notar no toxicômano é a ausência da palavra à sua condição, essa dificuldade de dar sentido a uma experiência que é pura satisfação em ato. Segundo Santiago (2001a) diferentemente da mensagem trazida pelo sintoma, na toxicomania há indiscutivelmente a presença de *acting-outs* (aquilo que não é mediado pela linguagem). Portanto, na clínica psicanalítica desta, deve-se traçar estratégias que viabilizem a retificação subjetiva, na qual possa emergir o sujeito dividido, por via da palavra. Mas o que seria a retificação subjetiva?

Quinet (1993) elenca importantes fatores que determinam o início de uma análise, e são estes que conduzem à retificação subjetiva enquanto assunção do sujeito dividido, do sintoma analítico e da transferência.

O que circunscreve a retificação subjetiva é o momento (em análise) em que um sujeito passa a estranhar aquilo de sua vida que até então não lhe concernia, que não era importante.

Transforma este sintoma do estatuto de resposta ao de questão, em enigma para si, e assim, endereça-o a outro ao qual supõe saber uma verdade sobre este enigma. Ou seja, aquilo que para o sujeito era “familiar”, dado, “era assim mesmo” passa a ser percebido como estranho. Para Quinet (1993), nesse momento em que o sintoma é transformado em enigma ocorre a divisão do sujeito (O que é isso em mim?), ou seja, o inconsciente entra em marcha. Desta forma, instaura-se um sintoma analítico, endereçado ao sujeito suposto saber (o ser do analista), e este evento é correlato ao estabelecimento da transferência, e é a partir do advento desta que se instaura o processo analítico.

Contudo, sabemos que o sujeito-sujeitado à droga não faz demanda, eleva-se na condição de detentor de um saber do gozo que só ele sabe, e que não supõe este saber no outro (seja o psicólogo, analista, ou outrem). Isto denota um impasse para o surgimento da transferência, pois não há demanda, não há enigma, tão logo não há o sintoma analítico.

Eis a questão nodal da clínica psicanalítica diante da toxicomania: é possível auxiliar o sujeito a transformar o seu gozo toxicômano em sintoma analítico? Santiago afirma que “para a psicanálise, o objetivo é desvendar as razões pelas quais a droga passa a ocupar um lugar proeminente na economia pulsional do sujeito.” (SANTIAGO, 2001, p.30). Essa pergunta e esta afirmação são a grande caixa de pandora desta clínica. Devemos então acompanhar o que vem sendo discutido sobre isso, ou melhor, desvendar as razões pelas quais a droga assume esse lugar notável na vida do sujeito, e de que forma a clínica psicanalítica pode fazer frente a este fenômeno.

Santos e Costa-Rosa (2007) elencam alguns relevantes obstáculos encontrados no tratamento de toxicômanos. Inicialmente, aquilo que já expusemos aqui a respeito da dificuldade de nomear, de significar sua experiência com a droga é um dos mais notáveis obstáculos ao tratamento na clínica psicanalítica. Num outro momento, eles discutem as práticas de internação, onde nas quais o principal recurso é a abstinência forçada, e que consequentemente esta pausa com a droga só faz reforçar a vontade de usar a droga e obter o gozo. Esta prática só reafirma um lugar que eles já têm na sociedade, o de estigmatizados, visto que estar internado, longe das drogas forçosamente, os coloca num

lugar de fracassados, como se não pudessem cuidar de si próprios. Outra consequência da abstinência é colocar na substância química o poder sobre o sujeito, é aniquilar o sujeito e colocar na droga um poder mágico.

Não obstante, é no período de internação que pode haver uma abertura à possibilidade de fala, considerando que muitos chegam a dizer que estão “no fundo do poço”, mas não necessariamente isso seja uma demanda de ajuda. Nesse contexto reside uma brecha para que, por meio da escuta clínica, este “estar no fundo do poço” possa assumir forma de questão endereçada ao analista, e assim, fazer emergir a transferência.

Santos e Costa-Rosa (2007) alegam que esta escuta, para ter sucesso, tem de produzir algo diferente daquilo que já era produzido pela obstrução das internações, ou seja, não é por meio do tamponamento que haverá um sujeito dividido que se questione e problematize sua situação. Nas palavras dos autores

O conhecimento psicanalítico da problemática desses indivíduos permite afirmar que se não for feito algo, logo a partir do início do seu pedido de ajuda, para que um sujeito desejante apareça, muito provavelmente o tamponamento propiciado pela abstinência se desfará na primeira oportunidade que o indivíduo tiver para gozar novamente: é também o que os achados nos indicam. O espaço de escuta deve afastar-se do lugar de confessional, prestação de “contas” ou mesmo de produção de “roteiros de cura”. (SANTOS E COSTA-ROSA, 2007, p.499)

Os mesmos autores afirmam que essa proposta de escuta aos toxicômanos é difícil, ora pela posição de doentes que ocupam, solicitando respostas acabadas e imediatas, e ora pela posição de detentores de saber de um gozo que somente lhes concerne, e que consequentemente não assume forma de questão ou de estranhamento a si mesmo.

Conte (2003) ao falar da clínica das toxicomanias, formula um dispositivo clínico embasado na necessidade, demanda e desejo, condições-chaves na articulação da transferência. A partir da articulação destes aspectos, tem-se um dispositivo clínico embasado na escuta, sem a necessidade de recorrer a dispositivos diagnósticos estruturais.

Outro ponto salientado por Conte (2003) em seu trabalho na clínica da toxicomania é a importância de haver uma conjunção entre o

atendimento individual/familiar, e grupal/institucional. Neste ínterim do tratamento, entram tanto o analista no atendimento individual e familiar, quanto a equipe interdisciplinar no atendimento aos grupos.

No decorrer do tratamento há o momento inicial no qual o toxicômano evidencia a necessidade da droga sem articulá-la à sua história pessoal, transformando paulatinamente esta necessidade do gozo da droga em demanda de tratamento. Isto corrobora o exposto por Quinet (1993), no qual surge um sujeito dividido, que reconhece em si algo que até então não lhe pertencia, que não lhe incomodava.

Conte (2003) ressalta que o momento em que o sujeito toxicômano chega à internação, ou à instituição onde ocorrerá o tratamento, é de muita dor, de muita desorganização psíquica. É a partir deste estado caótico que a equipe de profissionais deve acolher este sofrimento, fazendo a vez de analista e estimulando o surgimento da transferência, ou seja, não instaurando um modelo vertical, onde a “cura” (grifos nossos) e o saber sobre essa dor está nas mãos dos profissionais, ao invés, é preciso estimular o questionamento sobre essa dor, dor que quem sabe realmente é quem sente.

Neste caminho, vão se construindo espaços de suporte para este mal-estar subjetivo, mal-estar que se apresenta em forma de angústia e *actings outs*, chegando muitas vezes à interrupção do tratamento. São nestes espaços que o analista e outros profissionais vão traduzindo o que o sujeito diz ser a necessidade urgente da droga, relacionando aos significantes de sua história de vida, que até então pareciam desconexos. Neste percurso surgem significantes como o sentimento de vazio, de solidão, de descrédito, de abandono, significantes que vão em rumo do desvendamento das motivações inconscientes que o levaram à droga, fazendo com que aos poucos esse sujeito se responsabilize por sua situação psíquica.

Outro ponto que merece destaque na clínica da toxicomania no âmbito institucional é a abertura às atividades que permitam a livre expressão, a arte, o aprendizado, tudo isso aliado à flexibilidade terapêutica, ganhando *status* de compromisso voluntário, não de exigência. É como deixar o espaço clínico se ocupar não só pela fala, mas pela escrita, pela pintura, pela música, poesia e dança, enfim, por toda variedade de expressão subjetiva. (CONTE, 2003)

Já Torossian (2003) abre uma questão bastante peculiar no que concerne à clínica psicanalítica no tratamento das toxicomanias. O primeiro ponto levantado diz respeito ao que esta autora comumente ouve em relação à psicanálise enquanto recurso de tratamento, ou seja, de que esta não é aconselhável, pois supõe-se que estes sujeitos não entram em transferência, e que necessitam de um tratamento “breve”. (grifos nossos)

Para essa autora, é fato que há sim a dificuldade do estabelecimento da transferência por estes sujeitos, contudo, não é regra, é apenas uma característica, o que não justifica a não utilização da psicanálise enquanto meio de tratamento. Segundo ponto, a ressalva de haver uma necessidade de tratamento breve coloca todo o foco na abstinência, ou seja, coloca um poder na droga, como se esta fosse a responsável pelo uso desenfreado do sujeito. Isto aniquila o sujeito, tampona sua falta, e o coloca no estatuto de doente que precisa ser curado.

Se as formas existentes de tratamento seguem este raciocínio de que este sujeito é doente e precisa ser curado, então se este estiver abstêmio estará curado, pois o problema é a droga. Contudo, longe deste raciocínio, Torossian (2003) afirma que a psicanálise enxerga com outros olhos este fenômeno da toxicomania. Isto porque o psicanalista não trata da dependência química do sujeito, mas sim do sujeito da dependência química, “entendendo que este se subjetiva numa sociedade que tem no consumo um dos seus máximos valores” (TOROSSIAN, 2003, p. 10).

Esta mesma autora alerta para que não haja uma desvalorização de outras formas de tratamento, como o medicamentoso, os grupos de autoajuda, tratamentos de substituição e religiosos, mas que possa haver, aliada a essas outras modalidades de tratamento, uma escuta do inconsciente, uma escuta dirigida ao sujeito e não à química.

Outro ponto fundamental é a escuta à família, pois muitas vezes a demanda de ajuda vem por intermédio desta, e não raro é a própria família que abre caminhos, que traduz esse pedido de ajuda do sujeito que sofre, transformando esse pedido em demanda endereçada a outras direções que não o da droga. (TOROSSIAN, 2003)

É a partir desta primeira solicitação de ajuda que vai se constituindo uma demanda

que precisa ser cada vez mais lapidada, principalmente ao surgirem brechas nas quais o gozo com a droga não se faz presente. As primeiras falas, geralmente, são marcadas pelas aventuras e fatos ocorridos com a droga, o que muitas vezes testa a capacidade do analista em escutar estas palavras aparentemente sem sentido, vazias, mas que compõem um cenário propício à transferência.

Pouco a pouco, o objeto-droga vai sendo substituído pela palavra, e para Torossian (2003) o analista vai assumindo um lugar simbólico para este sujeito, abstando-se de indicar possíveis saídas, ou recursos de abstinência, pois esta não é sua função, mas comprometendo-se com a escuta do desejo inconsciente, daquilo que subjaz ao seu discurso manifesto.

Considerações finais

Frente ao nosso tempo, no qual o discurso do laço social é investido de imperativos categóricos de felicidade e completude, como poderia atuar a psicanálise frente ao fenômeno da toxicomania? Esta foi uma das questões norteadoras deste trabalho, ao que temos clareza de não haver uma resposta pronta que venha reduzir a toxicomania a uma entidade, como se esta fosse uma estruturação subjetiva. Por intermédio dos autores estudados pudemos visualizar que tal fenômeno se apresenta em qualquer estrutura psíquica e que só podemos compreendê-lo a partir dessa relação que se estabelece entre o sujeito e a droga, relação única que pode ter traços característicos sim, contudo, esta relação faz sentido para o sujeito, e só por meio de sua fala é que pode ser nomeada.

Laia (s/d) prescreve que a toxicomania se apresenta de modo muito singular: o sujeito se enuncia como “sou toxicômano” e ponto final; destituído de qualquer mensagem ou querer dizer, e este é o desafio, provocar o discurso onde o gozo é balizado pela identificação a um significante que não remete a nenhum outro – sou toxicômano. O significante torna-se *cartão de visita*, dá um nome à satisfação pulsional e uma saída para o sujeito; para a questão do que ele é e como deve comportar-se. Cabe à psicanálise não tomar este enunciado em seu valor identificatório, ou seja, não reduzir o sujeito à toxicomania, desumanizando o ato toxicômano ao considerá-lo simplesmente como um uso excessivo de drogas. Onde só existe o significan-

te toxicomania e o gozo pulsional, a psicanálise deve incidir com a palavra, tentar encadear significantes na busca de produzir um saber simbólico que possa dar novos rumos à satisfação pulsional escancarada.

Forbes (1999), compreende o contexto social atual como propiciador de um gozo desregrado, na qual a palavra perde sua função e não é mais necessária para intermediar o que se quer, deixando os sujeitos suscetíveis ao que este autor nomeia *curtos-circuitos do gozo* – a satisfação desregrada onde a palavra tem pouco ou nenhum acesso e, conseqüentemente, pouco ou nenhum efeito. Forbes (1999) cita exemplos conhecidíssimos de qualquer um: toxicomanias; fracasso escolar; delinquência juvenil; doenças psicossomáticas. Segundo o autor, resta à psicanálise, como opção terapêutica, resgatar a palavra enquanto consequência, fixar o gozo no saber produzido em análise e assim criar possibilidades de ancorar o ser/sujeito, tragado por seu gozo *desbussolado* (FORBES, 1999). Esse gozo *desbussolado* é um gozo irrefreado, que não é nomeado, e assim, o mesmo autor assevera para a transformação da clínica psicanalítica, propiciando ao sujeito que sofre com este (dentre outros) sintoma, nomear e tornar-se mais responsável pelo seu gozo.

Referências Bibliográficas

CONTE, M. Necessidade, demanda, desejo: os tempos lógicos na direção do tratamento nas toxicomanias. **Revista da Associação Psicanalítica de porto Alegre**, a. 11, n. 24, p. 41-59, maio, 2003.

FORBES, J. Curtos-circuitos do gozo. **Escola Brasileira de Psicanálise**, 1999. Disponível em: <http://www.ebp.org.br/biblioteca/pdf_biblioteca/Jorge_Forbes_Curtos_circuitos_do_gozo.pdf>. Acesso em: 26 maio, 2009.

FREUD, S. (1930). **O mal-estar na civilização**. E. S. B. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 21.

GURFINKEL, D. **A pulsão e seu objeto-droga**: estudo psicanalítico sobre a toxicomania. Petrópolis: Vozes, 1995.

_____. **Do sonho ao trauma**: psicossoma e adições. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

LAIA, S. Crítica da razão toxicômana. **Escola Brasileira de Psicanálise**. Disponível em: <http://www.ebp.org.br/biblioteca/pdf_biblioteca/Sergio_Laia_Critica_da_razao_toxicomana.pdf>. Acesso em: 21 maio, 2009.

LEMOIS, I. O gozo cínico do toxicômano. **Mental**, a. 2, n. 3, p. 51-60, nov. 2004.

MACHADO, O. M. R. O sintoma freudiano e o gozo. **Cadernos de Psicanálise SPCRJ**, v. 19, n. 22, p. 1-14, 2003.

MAGALHÃES, E. K. Dos novos sintomas ao sintoma analítico. **Latusa Digital**, a. 2, n. 14, maio 2005.

NASIO, J. D. **5 Lições sobre a teoria de Jacques Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

QUINET, A. **As 4+1 condições da análise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

ROSA, M. D. Gozo e política na psicanálise: a toxicomania como emblemática dos impasses do sujeito contemporâneo. **Traumas**, p. 101-111, 2006.

SANTIAGO, J. **A droga do toxicômano**: uma parceria clínica na era da ciência. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

SANTIAGO, J. Lacan e a toxicomania: efeitos da ciência sobre o corpo. **Ágora**, v. 4, n. 1, p. 23-32, jun. 2001.

SANTOS, C. E.; ROSA, A. A. C. Experiência da toxicomania e da reincidência a partir da fala dos toxicômanos. **Estudos de Psicologia**, p. 487-502, out./dez. 2007.

TOROSSIAN, S. D. De qual cura falamos? Relendo conceitos. **Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, p. 9-15, 2003. Disponível em: <<http://www.apboa.com.br/download/Revista%2026%20De%20qual%20cura%20falamos.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2009.